

Núm. accident laboral

Declaració d'accident laboral**1. Hi ha baixa mèdica?** Sí No Defunció**2. Dades del cotitzant**

Núm. CASS de l'empresa: Nom de l'empresa:
Adreça: núm.: esc.: pis: porta:
Població: parròquia: codi postal:
Telèfon: fax: correu electrònic:

3. Dades de la persona accidentada

Núm. CASS: Cognoms i nom:
Data d'alta a l'empresa: ____ / ____ / ____ CNO:

4. Dades del lloc de treball de la persona accidentada

Horari de treball: De a i de a

Comerç Oficina Obra Casa particular (servei domèstic)
Altre lloc [especifiqueu-lo]

5. Dades de l'accident

Data ____ / ____ / ____ Hora :

Lloc de l'accident

Lloc habitual Lloc ocasional
En un desplaçament enviat per l'empresa De casa a la feina o de la feina a casa

Adreça:

Circumstàncies detallades de l'accident de treball (indiqueu màquina o mitjà de locomoció...), tipus de lesió (punxada, torçada...), part del cos lesionada

Com ha estat informada l'empresa

L'accident ha estat: Constatat Conegut
 Pel patró Descrit per la víctima Per una altra persona:

Altres víctimes L'accident ha produït altres víctimes? Sí No

6. Dades dels testimonis

1. Cognoms i nom:
Adreça:
Telèfon: correu electrònic:
2. Cognoms i nom:
Adreça:
Telèfon: correu electrònic:

7. Informe i tercers responsables

Hi ha hagut algun informe oficial? Sí No
Qui l'ha fet?
Policia Servei de circulació Altres [especifiqueu-lo]

Hi ha un tercera persona responsable? Sí No
Si hi ha tercera persona responsable, poseu les seves dades:
Cognoms i nom:
Adreça:

Telèfon: correu electrònic:
Companyia d'assegurances: matrícula del vehicle:

8. Accepto

Que em dono per assabentat/ada dels drets i obligacions previstos per la normativa vigent i qualsevol incompliment a les disposicions donarà lloc a les sancions i responsabilitats corresponents.

Que el/la sotasignat/ada autoritza a la CASS a comprovar l'autenticitat de la informació i les dades facilitades, mitjançant els registres i arxius de la CASS, l'Administració General, l'Administració Comunal o de qualsevol altre organisme o entitat. Així mateix, s'autoritza el traspàs de la informació i les dades de les administracions esmentades quan siguin necessàries per la tramitació de la prestació sol·licitada.

9. Dades de la persona responsable que signa la declaració

Núm. CASS : Cognoms i nom:
En qualitat de:

10. Segell i signatura

	Segell				Persona responsable de l'empresa
Lloc		Data	/	/	

Protecció de dades. A l'efecte del que preveu la Llei qualificada 15/2003, de protecció de dades personals, us informem que les dades consignades en aquest document s'incorporen als fitxers de la CASS i poden ser tractades i comunicades d'acord amb el Decret de 20 de setembre de 2006, que regula els fitxers de dades de caràcter personal de l'ens públic Caixa Andorrana de Seguretat Social, BOPA núm. 74, any 18, del 27/09/2006. En relació amb les dades esmentades, podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió i oposició, en els termes que preveu la Llei qualificada 15/2003, de protecció de dades personals.

Espai reservat a la CASS

Valoració: Data: / /

Signatura